

observação participante; o diário de campo; o roteiro de entrevista semi-estruturada; uso do gravador, quando consentido pelos sujeitos entrevistados, sendo a estes assegurados o anonimato em relação à divulgação dos resultados da pesquisa. Nesse sentido os indivíduos envolvidos na pesquisa foram previamente certificados sobre o sigilo e acerca da confidencialidade dos dados coletados, tendo dessa forma assegurados todos os seus direitos, conforme estabelecido na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 196/96.

No que tange a análise dos depoimentos, esta foi feita por meio da análise de conteúdo, contribuindo para que tivéssemos uma compreensão crítica das falas dos sujeitos.

Tal pesquisa traz sua relevância na medida em que trata de uma problemática pouco explorada, podendo ainda possibilitar aos profissionais de saúde que atendem as pessoas vivendo com HIV/aids, reflexões que possam contribuir para a construção de novas práticas frente ao atendimento prestado a tais indivíduos.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso ficou estruturado a partir de três capítulos.

No primeiro capítulo, contextualizamos o HIV/aids e a Política de enfrentamento da doença no Brasil

No segundo capítulo, trazemos algumas reflexões sobre a aids e a atuação dos profissionais de saúde.

No terceiro capítulo, fizemos uma caracterização acerca da atuação da Rede Nacional de Pessoas Vivendo e Convivendo com o HIV/aids – Núcleo de Campina Grande-PB (RNP+CG), onde foram coletadas informações acerca da percepção dos sujeitos da pesquisa em relação a atuação dos profissionais de saúde. Apresentamos também os aspectos metodológicos da pesquisa, o perfil dos indivíduos que submeteram-se as entrevistas, bem como, a análise dos depoimentos coletados.

CAPÍTULO I

A EPIDEMIA DO HIV/AIDS E A POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO DA DOENÇA NO BRASIL

1.1 Contextualizando a Política de aids no Brasil

A aids é definida como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, doença que se manifesta em pessoas que contraíram o vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). Mesmo em meio aos grandes avanços da medicina ainda não existe a cura para essa pandemia. Essa doença fragiliza o sistema imunológico, dificultando a proteção a diversos microorganismos, como bactérias, protozoários, vírus diversos e etc. Nesse sentido a pessoa infectada pelo vírus HIV desenvolve as chamadas doenças oportunistas, que podem aparecer várias vezes ou ao mesmo tempo. As manifestações de tais doenças podem levar o indivíduo a óbito visto que, o organismo está com seu sistema imunológico comprometido, não tendo forças suficientes para sua autodefesa. Marques (2003, p. 27) afirma que,

ainda que a primeira definição da aids pelos Centers for Diseases Control (CDC) enfatizou a sua letalidade, incluindo doenças indicativas de aids e com diagnóstico definido, já que não se sabia a etiologia da doença principal. A definição que se dava era de doença, pelo menos moderadamente preditiva de defeito da imunidade celular, ocorrendo em pessoas sem causa conhecida para uma resistência diminuída a doenças como o Sarcoma de Kaposi¹ e Pneumocistose².

Uma pessoa infectada pela aids apresenta um conjunto de sintomas que são característicos da doença o que torna possível seu diagnóstico. O Ministério da Saúde (MS) adota como meio de diagnóstico da infecção pelo HIV os dados clínicos referentes à sintomatologia e os exames laboratoriais como os testes rápidos anti-HIV, testes Elisa, testes confirmatório como a imunofluorescência indireta para o HIV e o Western Blot (BRASIL, 2005).

¹ Sarcoma de Kaposi é um tipo de câncer que ocorre no endotélio linfático. Este tipo de câncer na parte interna das bochechas, gengivas, lábios, língua, amídalas, olhos e pálpebras maligno além de promover lesões na pele pode surgir nos gânglios, no fígado, nos pulmões e por toda a extensão da mucosa intestinal e dos brônquios. É comum também elas se instalem (REY, 2003).

² Pneumocistose é uma infecção oportunista causada pelo fungo unicelular *Pneumocystis jiroveci*, que provoca a pneumonia em pessoas imunodeprimidas (REY, 2003).

Nos primeiros anos da epidemia de aids, as doenças oportunistas causavam uma série de doenças e mortes. A incidência dessas doenças foi reduzida consideravelmente com o avanço da terapia antirretroviral. São exemplos de doenças oportunistas que acometem os indivíduos que vivem com HIV/aids: a candidíase, o citomegalovírus, o vírus *Herpes simplex*, o *Micobacterium complex* (causa febres recorrentes, mal-estar geral, problemas digestivos e perda de peso acentuada), a pneumonia, a toxoplasmose e/ou tuberculose.

De acordo com Mann et. al (2002, p.164),

com o avanço da terapia antirretroviral, a pessoa portadora do HIV tem um prazo de 15 a 20 anos para desenvolver algumas sintomatologia da doença. Porém é importante destacar que, mesmo o indivíduo sendo apenas portador de vírus HIV ou estar apresentando carga viral indetectável (...), sendo calculado em número de cópias do HIV por ml plasma- ele poderá transmiti-lo, caso venha a ter algum comportamento de risco. Além disso, existe a possibilidade de recontaminação deste indivíduo por outra pessoa soropositiva com carga viral maior, levando ao aceleração do processo de adoecimento.

O referido autor destaca que, em 05 de junho de 1981 foi relatado o primeiro caso de aids nos Estados Unidos (São Francisco e Nova York) entre homossexuais masculinos jovens. Em 1959 e 1960 registrou-se a mais antiga identificação do vírus HIV no Congo, todavia estudos genéticos sugerem que o vírus tenha sido inserido na população humana através de caçadores de primatas em torno de cinquenta anos antes. Estudos afirmam que o HIV provavelmente se transferiu da África para o Haiti e, em seguida, para os Estados Unidos em torno de 1969 (MANN et. al. 2002).

Inicialmente a aids era associada apenas a grupos específicos de pessoas como homossexuais, hemofílicos, heroinômanos e haitianos, ditos grupo dos 4H. Nesse período, instala-se o pressuposto de que a transmissão do vírus da aids estava condicionado apenas a grupos de comportamentos de risco, que perante sociedade era tido como anormal ou inadequado. Nessa perspectiva, Domingues (1998, p. 53) afirma que,

[...] embora estivéssemos sendo apresentados a uma grave doença, por muitos classificada a peste do final do milênio, todas as informações disponibilizadas pelos meios de comunicação, muitas vezes sustentadas por balizadas opiniões científicas, forneciam elementos para a construção de imensas ilhas de tranqüilidade e invulnerabilidade, uma vez que indicavam ameaça circunscrita a alguns grupos, historicamente já marginalizados e discriminados. A ilusória sensação de proteção, dada pela identificação do risco como pertencente apenas a alguns segmentos da sociedade, fez com que a maioria da população brasileira desconsiderasse a possibilidade imediata de contato com essa nova realidade, excluindo de seu cotidiano todo e qualquer traço que pudesse ser reconhecido como sendo um prenúncio do perigo.

Conforme destaca Parker (2003), no Brasil, os primeiros casos da doença ocorrem em 1981, em um contexto caracterizado por importantes mudanças políticas, econômicas e sociais do país que, passava por um processo de transição democrática. Nesse contexto, a política de saúde vigente era pautada pelo modelo médico assistencial-privatista, não havendo por parte do governo Federal uma política específica de enfrentamento da doença.

A aids disseminou-se com intensa velocidade, tanto que é considerada uma pandemia. No entanto, segundo Marques (2003), a adoção de medidas preventivas por parte dos organismos governamentais só ocorreu quando a aids foi caracterizada como uma epidemia.

De acordo com dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, em 1982, foram notificados dez casos de aids; em 1985, esse número aumentou para quinhentos e setenta e três casos, sendo vinte e dois em mulheres; no ano seguinte, o número já havia dobrado (GALVÃO, 2002).

Em 2007, uma média de 33,2 milhões de pessoas foram infectadas com o vírus HIV em todo o mundo e podendo a aids ter levado a óbito cerca de 2,1 milhões de pessoas, dentre estas podemos incluir 330.000 crianças. Sendo a África uma das regiões mais afetados no mundo com o equivalente a $\frac{3}{4}$ dessas mortes. Em 2009 de acordo com o relatório do UNAIDS “Atualização sobre a Epidemia da aids 2009” houve uma queda, em diversos países, da taxa de novas infecções por HIV. Em escala global, o número anual de novas infecções caiu de 3,2 milhões em 2001 para 2,7 milhões em 2008 (17% de queda,

aproximadamente). Ainda assim, são mais de 7.397 novas contaminações por dia (UNAIDS, 2009).

É importante ressaltar que a evolução epidêmica da aids se dá em três momentos distintos, sendo: num primeiro momento ocorre desde sua gênese até 1986, marcada pela transmissão predominantemente nas relações homossexuais de pessoas com alto nível de escolaridade e entre hemofílicos; em um segundo momento ocorreu entre 1987 e 1990, marcado pela transmissão através do uso de drogas injetáveis e entre pessoas de prática heterossexual; num terceiro momento, ocorre de 1991 até os dias atuais, marcado pelo avanço da contaminação de pessoas de práticas heterossexuais de vários níveis de escolaridade e classes sociais, onde se destacam mulheres, cujos parceiros são bissexuais e/ou usuários de drogas injetáveis (BRASIL, 2000).

No que se refere à política de enfrentamento do HIV/aids no Brasil, Parker (1997) destaca quatro fases, que segundo o referido autor se cruzam de várias formas com a história política no país. A primeira fase da política de enfrentamento do HIV/aids no Brasil vai de 1982 a 1985; a segunda fase se dá de 1986 até início de 1990; a terceira fase ocorre de 1990 a 1992 e a quarta fase dar-se-á de 1992 até a contemporaneidade.

A fase que dá início as respostas políticas de enfrentamento ao HIV/aids no Brasil, tem início em meados de 1982 e vai até 1985, momento em que notificam-se os primeiros casos da doença na cidade de São Paulo. No ano de 1983 no referido estado é estabelecido o primeiro programa governamental de mobilização da aids. Tal programa surge em São Paulo mesmo antes de surgir a nível federal. Ainda nesse momento emergem as primeiras organizações não governamentais (ONGs) cuja atuação estavam diretamente ligadas as questões relacionadas ao HIV/aids.

Vale ressaltar que a organização do Programa Estadual de São Paulo foi a resposta dada pela Secretaria de Saúde aos questionamentos vindos de um grupo de militantes do movimento homossexual, que cobrava um posicionamento do governo para o controle desta epidemia (TEIXEIRA,1997; GUERRA,1993 apud ROCHA,1999) repetindo o mesmo movimento de pressão que ocorreu em outros países. Os extintos grupos gay “Somos” e o “Outra

Coisa” de São Paulo (este último já realizando trabalhos desde 1983), seguidos pelo “Grupo Gay” da Bahia, foram às primeiras manifestações iniciais da sociedade civil que se pronunciaram e agiram contra a epidemia da aids (GALVÃO, 1997 apud ROCHA, 1999).

No que se refere às organizações não governamentais, as primeiras ONGs a serem instituídas no País com o intuito de tratar a temática do HIV/aids foram:

- GAPA (Grupo de Apoio à prevenção da aids) instituída no ano de 1985, na cidade de São Paulo, tendo como principal preocupação a prevenção da epidemia e a divulgação de informações acerca da doença. Destaca-se ainda por ter sido uma das primeiras a atender para importância da instalação de serviços jurídicos para as pessoas que vivem com o HIV/aids.
- ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de aids), instituída em 1986, na cidade do Rio de Janeiro. Desde sua criação buscou atuar em articulação com as políticas de aids internacionais, bem como promover uma postura crítica diante das políticas públicas de saúde que são associadas ao HIV/aids. Vale ressaltar que esta foi a primeira entidade a ter como presidente uma pessoa que assumia ser soropositiva, o sociólogo Herbert José de Souza conhecido também como Betinho.
- GRUPO PELA VIDDA (Valorização, Integração e Dignidade do Doente de aids), fundado na cidade do Rio de Janeiro em 24 de maio de 1989, pelo escritor Herbert Daniel, tendo como objetivo romper com o isolamento e a desconstrução do estigma relacionado à doença, reintegrar na sociedade as pessoas vivendo com HIV/aids e defender os direitos e a garantia da dignidade dessas pessoas.

Assim, é possível afirmar que as ONGs/aids tiveram um papel de grande relevância no enfrentamento da doença, exigindo respostas a questão da aids contribuindo para o controle e a prevenção da doença, além de tentar combater o preconceito.

Tal contexto é caracterizado por Parker (1997, p.09) como a fase de negação e omissão governamental no enfrentamento da doença,

no Brasil como em tantos outros países, essa fase foi caracterizada, pela negação e omissão generalizadas por parte da maioria das autoridades governamentais, especialmente na esfera federal, junto com uma onda moral de pânico medo, estigma e discriminação. Na falta de liderança internacional e nacional, as respostas a epidemia tendem a surgir de baixo, dos representantes das comunidades afetadas, como o emergente movimento homossexual, e da dedicação dos setores progressistas dentro dos serviços estaduais e municipais de saúde, que se apresentaram como aliados dessas comunidade.

Diante de inúmeros casos de aids identificados no Brasil desde 1980 e das pressões advindas dos grupos organizados da saúde civil, é que em maio de 1985 é criado o Programa Nacional de aids (PNA) através da publicação da Portaria de nº 236 (02/05/1985). O Ministério da Saúde passa a se posicionar frente a aids como sendo um problema de saúde pública, estabelecendo também as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da doença no país.

As ações do governo nesse contexto volta-se para a área de vigilância sanitária, assistência médica e discurso contra a discriminação. Entretanto, no que se refere à prevenção, as ações são consideradas tímidas e com uma abordagem relativamente pragmática e técnica da epidemia.

Com o surgimento de uma resposta no nível federal, iniciada segundo Parker (1997) pela pressão de um número crescente de programas estaduais e municipais de aids, temos início a segunda fase de enfrentamento da epidemia da aids no Brasil que estendeu-se de 1986 até o início de 1990, quando a liderança do Programa Nacional de aids (PNA) mudou pela primeira vez os seus dirigentes. Esse período foi marcado por mudanças significativas na política federal, havendo também um crescimento das organizações não governamentais em todo o Brasil, sendo estas muito significativas uma vez que, chamaram a atenção da mídia para a questão da aids.

O governo passou a responder mais rápido às reivindicações feitas pela sociedade. Nesse momento fica visível uma forte agitação na sociedade civil em consequência do processo de redemocratização do país. Destaca-se nesse contexto a implementação da Assembléia Nacional Constituinte e a promulgação da Constituição Federal de 1988, considerada Constituição “cidadã”. Também destaca-se nesse período no âmbito de setor saúde, o avanço do movimento da reforma sanitária³.

Acompanhando esta fase há um processo de transformação lenta da gestão administrativa do governo federal, que no lastro da herança do período ditatorial, procura ainda manter sua hegemonia e condução centralizadora (PARKER, 1997b; GUERRA, 1993 apud ROCHA, 1999). O Ministério da Saúde assume a organização institucional das atividades de controle e prevenção da aids e, em 1988, o Programa Nacional de DST/aids é oficialmente instalado e configurado (BRASIL, 1998 apud ROCHA, 1999). Nesse momento a coordenação nacional centraliza suas ações e distancia-se dos programas estaduais, bem como das organizações não governamentais, sendo as ONGs fortalecidas no decorrer dos anos subseqüentes, sendo de fundamental importância para o enfrentamento da doença juntamente com o Programa Nacional de DST's/aids (PNDST).

Cabe ressaltar uma das grandes conquistas realizadas a partir da luta tanto das entidades ligadas à área da saúde como também das organizações não governamentais, que foi a criação da Lei federal de nº 7.649 que torna obrigatória a testagem do sangue no País, para identificar doenças como a aids, malária, doença de Chagas, hepatite B e sífilis.

O Estado do Rio de Janeiro sai à frente nas iniciativas de cunho legislativo, proibindo a comercialização do sangue em 1985 e São Paulo, no ano seguinte, estabelece o teste antiaids obrigatório em todas as atividades hemoterápicas. No resto do país, esta regulamentação só foi implementada

³ O Projeto de Reforma Sanitária, construído no contexto dos anos 1980, tinha como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilizações dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde (BRAVO, 2000).

quase dois anos depois, através da legislação federal, alguns dias após a morte do cartunista Henfil por aids transfusional (SANTOS et al, 1994).

A partir do cumprimento da Lei federal nº 7.649 houve um declínio significativo nos casos de transmissão da aids por meio de transfusões de sangue e por produtos hemoderivados. Segundo BRASIL (1998, p. 21),

no Brasil em 1984, os casos das pessoas que contraíram o HIV através de transfusão de sangue representavam 27% das ocorrências de transmissão sangüínea (12% do total de casos diagnosticados no ano). Dez anos depois, o quadro muda sensivelmente, representando 2,8% do total de casos notificados.

Tal contexto é caracterizado por mudanças significativas. No que se refere à saúde, ocorrendo à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) passando a saúde a ser garantida como um direito de todos e dever do Estado. O SUS foi, sem sombra de dúvida, fruto de muita luta, sendo uma das maiores conquistas da população brasileira, essencialmente para aqueles que viviam com HIV/aids.

Vale destacar que após a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Ministério da Saúde e do Trabalho, por meio de uma portaria incentivou ações que visavam à divulgação e prevenção contra a aids, nos ambientes de trabalho.

A criação da Lei 7.670/88⁴ assegura as pessoas vivendo com HIV/aids a garantia de direitos trabalhistas tais como: licença para tratamento de saúde, aposentadoria ou auxílio doença, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), pensão especial e reforma militar.

Ainda no que se refere à garantia de direitos relacionados as pessoas vivendo com HIV/aids, em 1988, foi instituído o CRT-A (Centro de Referência e Treinamento em aids), cujos objetivos principais seriam tornar-se referência técnica, promover capacitações e gerar normas técnicas,

⁴ Lei nº 7.670, de 08 de setembro de 1988 - Estende aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - SIDA/aids os benefícios que especifica e dá outras providências.

dessa forma descentralizando as atividades de prevenção, vigilância e assistência no Estado de São Paulo, uma vez que esta instituição surge ligada diretamente ao Ministério da Saúde. Outras ações também desenvolvidas por esta instituição são o hospital-dia e assistência domiciliar terapêuticas sendo estas ações tidas como alternativas assistenciais.

O Programa Nacional de aids ganha reconhecimento e apoio dos organismos internacionais frente a seu fortalecimento, que segundo Parker (1997, p.46),

de modo distinto da experiência dos países industrializados, que possuem uma maior independência e autonomia dos organismos internacionais, podemos considerar que a grande referência que moldou o Programa Nacional em termos programáticos foram às diretrizes do Programa Global de aids da OMS e da própria Organização Pan Americana de Saúde, que influenciaram enormemente a formação de programas nacionais no terceiro mundo.

De acordo com Teixeira (1997, p.52),

o fortalecimento da cooperação internacional com estes órgãos foi uma estratégia política importante para injetar no programa recursos financeiros, bem como assegurar um instrumental de apoio para garantir intervenções de cunho não discriminatório em relação ao portador do HIV/aids.

Em tal contexto embora se tenha no Brasil um novo direcionamento em relação a política de saúde, na qual o Estado é o gestor dos serviços, Santos (2005 apud COSTA 2011) destaca que, o governo promove uma “nova” relação com o Estado e o setor privado o que ocasiona uma negação não somente nas ações de combate a aids mas, de todas os programas da área da saúde no país.

A terceira fase de enfrentamento da doença se dá de 1990 a 1992, sendo iniciada com otimismo já que Fernando Collor de Melo é o primeiro presidente eleito pelo povo, após vinte anos de ditadura militar. No entanto, nesse período ocorre um desastre não só na política do Brasil, como também no Programa Nacional de aids. No que se refere a esse período Parker et. al. (1999, p. 38) ressalta que,

Este foi um período de grave crise institucional no governo federal, que praticamente desestruturou o Programa Nacional de DST e aids, tendo conseqüências sérias para os Programas estaduais, que se fragilizaram diante da falta de perspectiva nacional. Posturas muitas vezes equivocadas da equipe do Programa Nacional de Controle de DST e aids determinaram o rompimento das relações com alguns organismos internacionais.

Nessa conjuntura a Política Nacional é desarticulada, fazendo com que seja comprometida sua relação com os Estados, organizações não governamentais e outras instituições. Isso fez com que o combate a epidemia fosse fragilizado. Nesse momento as campanhas publicitárias que tem o objetivo de informar a população acerca da doença, passam a divulgar o medo e o preconceito através da forma como a questão da doença passa a ser abordada. No que se refere a esta fase Teixeira (1997, p.62) enfatiza que:

Esta gestão foi, sem dúvida, a pior no âmbito federal. Grande parte das ações do período anterior foram suspensas, como a produção de Boletins Epidemiológicos. As campanhas de prevenção alardeavam o medo e o preconceito contra o portador do HIV/aids, indo na direção oposta de todo o aprendizado acumulado. O preço dos medicamentos tornou-se exorbitante para os pacientes e até alguns deles, como o próprio AZT, rareavam ou desapareciam das unidades de saúde.

Mesmo em meio a um cenário desfavorável aos programas voltados para o enfrentamento da epidemia da aids, paradoxalmente houve a adoção de uma política de distribuição gratuita de medicamentos as pessoas vivendo com HIV/aids, conquista essa, alcançada devido as reivindicações feitas pelas organizações não governamentais, ações jurídicas, pressão política e manifestações públicas. Nesse sentido (SANTOS 2005 apud COSTA 2011 p.19):

Apesar deste caos, o governo Collor contribui para a criação do Programa aids no local de trabalho e passaram a distribuir gratuitamente na rede pública de saúde os medicamentos AZT* aos portadores notificados pelo sistema de saúde. Além de iniciar as primeiras negociações com o Banco Mundial para

capacitação de recursos com o objetivo de fomentar ações, sobretudo de prevenção a epidemia que naquele momento já é reconhecida como um grave problema de saúde pública.

A política de contenção do governo Collor desestruturou a relação entre o Governo Federal e as organizações não governamentais (ONGs), com os programas estaduais e municipais e também com comunidades médicas e científicas. “É criado também uma relação incompatível entre a Política Nacional de aids e as organizações não governamentais. Houve uma quase paralisação das atividades” (PARKER, 2003).

A quarta fase se dá a partir de 1992, quando ocorre a reorganização do Programa Nacional de aids no Ministério da Saúde, até os dias atuais. Nesse período são novamente estabelecidas às relações com Estados, Municípios e ONGs e retomam-se as articulações internacionais.

Em 1993 acontece negociações entre o Governo Brasileiro e o Banco Mundial para que houvesse acordo de empréstimo, fato essencial para novas respostas a epidemia da aids. Dessa forma Parker (2003, p.33) afirma que:

Nesse período ocorre um esforço concentrado do Governo federal e dos setores envolvidos com a questão, para construir uma resposta a aids. Inicia-se uma negociação do Programa Nacional com o Banco Mundial, firmados em 1993, a partir do Projeto aids I(1994-1998), onde ocorre o desenvolvimento de ações de prevenção e controle da aids. O Programa Nacional passou a ser o principal financiador dos projetos desenvolvidos tanto via Estado como também dos municípios.

Ainda no que diz respeito à política de enfrentamento da aids, no ano de 1996 entra em cena fatores decisivos no que se refere a viabilização dessa política, havendo uma parceria entre a sociedade civil e o Programa de DST e aids, o incentivo do Estado, a produção nacional dos medicamentos e a instituição dos medicamentos genéricos. Houve também em alguns momentos uma ameaça para implantação da licença compulsória de proteção a patentes.

Nesse momento com o acesso gratuito ao tratamento antirretroviral causou uma queda na incidência da epidemia no Brasil, porém não foi só este fator que determinou a diminuição no quadro de mortalidade, mas também houve outros fatores que contribuíram para essa redução na mortalidade como

por exemplo: medidas e campanhas de prevenção, a criação de novos centros de testagem e aconselhamento, teste rápido para o diagnóstico do HIV e o acesso da população as informações acerca da doença. Ainda nesse momento houve também a importante contribuição dos Serviços de Assistência Especializada (SAE), uma vez que foram criados serviços especializados para o cuidado com a pessoa vivendo com HIV/aids.

O governo de Fernando Henrique Cardoso, dando continuidade às ações de enfrentamento do HIV/aids, assina um novo acordo com o Banco Mundial através do Projeto aids II. O projeto aids II foi firmado em fins de 1998 e vigorou entre os anos de 1999 e 2002. Este teve importante papel como gerador de recursos, bem como o aids I, para o financiamento de ações voltadas ao controle e prevenção da doença no País. Esse projeto veio fortalecer as ações que tiveram início no projeto aids I, tendo como principal objetivo a redução dos índices da doença no Brasil. Tal projeto objetiva ainda um maior investimento no processo de gestão, capacitação de equipes do local no que se refere ao planejamento, programação, execução, avaliação de projetos e acompanhamento, proporcionando dessa forma uma maior autonomia da gestão das secretarias de saúde estaduais e municipais.

Ainda no tocante as ações de enfrentamento da aids, no ano de 2002 apesar de divergências existentes entre o Banco Mundial e o governo brasileiro no que se refere às políticas voltadas para o HIV/aids, um novo empréstimo é negociado. No governo de Luiz Inácio Lula da Silva o Projeto aids III entra em vigor de 2003 a 2006, objetivando a redução dos índices das DSTs/aids, proporcionar uma melhor qualidade de vida as pessoas que vivem com HIV/aids, não só a partir de um fortalecimento da eficiência e eficácia da resposta nacional, mas também de uma garantia de sua sustentabilidade a médio e longo prazo.

Houve também no referido governo uma medida de grande impacto que foi a quebra de patente do medicamento antiaids Efavirenz, do laboratório americano Merck Sharp & Dome. No entanto há controvérsias sobre essa quebra de patente, uma vez que ONGs, a exemplo do Grupo pela Vida (2009, p. 03) divulgam que:

o governo jamais quebrou as patentes dos remédios de aids. A opção - do governo FHC, seguida pelo governo Lula - foi forçar a queda de preços de marcas patenteadas com a ameaça de licenciamento compulsório. Foi uma medida paliativa, mas que não solucionou o problema.

Particularmente no tocante ao governo da presidenta Dilma Rousseff, esta inicia seu mandato com promessas de garantir à qualidade dos serviços de saúde prestados a população além do respeito assegurado aos usuários desses serviços. Nas políticas relacionadas as pessoas vivendo com HIV/aids, seu governo vem passando por uma crise, no que se refere ao ponto forte da política de enfrentamento da aids no país, que é a parceria entre o Governo Federal e a sociedade civil organizada. A relação entre o governo e as ONGs está cada vez mais conturbada, sendo o governo acusado pela mídia de “governo anti-social” (BRAVO; MENEZES, 2010).

Essa crise entre o governo e as ONGs tem feito com que as primeiras organizações não governamentais engajadas na luta para enfrentamento da política de HIV/aids, ameacem fechar as portas, dessa forma enfraquecendo a parceria entre o governo e as ONGs, prejudicando assim o controle social da doença.

No que diz respeito a essa crise, as ONGs que trabalham com HIV/aids estão lançando um manifesto intitulado: SOS - Governo Dilma coloca controle social da aids em risco de extinção, como afirma a ABIA. Esse manifesto tem a finalidade de restaurar a relação entre as ONGs e o governo, para que estas possam continuar na luta por melhores condições de vida e assegurar os direitos as pessoas vivendo com HIV/aids.

No que se refere ao programa nacional de aids, embora grandes avanços já tenham sido alcançados, ainda existem barreiras a serem enfrentadas, dentre estas destaca-se que a aids assume um novo perfil qual seja a interiorização, pauperização, envelhecimento, heterossexualidade e feminização, questões que abordaremos no próximo tópico.

1.2 Perfil epidemiológico e tendências da aids no Brasil

Reafirmando o que discutimos anteriormente, a década de 80 é marcada pelas primeiras ocorrências da aids no Brasil e nos Estados Unidos. A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (aids) é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas. O termo imunodeficiência atribuído a essa doença diz respeito ao enfraquecimento do sistema imunológico, uma vez que o vírus HIV 1 ou HIV 2 destroem progressivamente o sistema imunológico, podendo levar o indivíduo a morte.

O conjunto de sintomas característicos da patogenia manifesta-se uma vez que o sistema imunológico dos portadores do vírus encontra-se debilitado e doenças como micobacteriose atípica, neurotoxoplasmose e infecções bacterianas do sistema gastrointestinal, pneumonia, tuberculose, sapinho, herpes simples, tumores como o Sarcoma de Kaposi, entre outras consideradas como doenças oportunistas que poderão aparecer no corpo do indivíduo caracterizando a patogenia.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) está presente cada vez mais em nosso cotidiano, uma pandemia que vem atingindo alto grau de complexidade, tornando-se um desafio para humanidade. A aids é uma infecção grave causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Quem é acometido pelo vírus do HIV não necessariamente desenvolve a doença, podendo passar anos sem apresentar nenhum sintoma da mesma. No entanto torna-se um transmissor em potencial, podendo transmitir o vírus e também se contaminar novamente com o outro tipo de vírus, uma vez que encontramos dois tipos de HIV (1 e 2).

Classificada também como uma doença sexualmente transmissível, a aids de acordo com a Coordenação Nacional de DST/aids tem seus sintomas descritos numa sequência de fases, apresentado a seguir:

- **Infecção Aguda:** caracterizada como fase inicial, esta acontece quando ocorre à infecção pelo vírus HIV e o sistema imunológico começa a ser atacado. Nesse tempo ocorre o período de incubação, sendo o tempo de exposição ao vírus até o surgimento

dos primeiros sinais da doença, um período que pode variar de três a seis semanas. Levando o organismo de trinta a sessenta dias após ser infectado para produzir anticorpos anti-HIV. Os primeiros sintomas geralmente são: febre e mal-estar, que por serem parecidos com os sintomas da gripe muitas vezes passam despercebidos;

- **Infecção Assintomática:** esse período é caracterizado pela forte interação entre as células de defesa do organismo (linfócitos) e as constantes e rápidas mutações do retrovírus. Nessa fase os vírus ainda não conseguem enfraquecer o organismo o suficiente para permitir que as doenças oportunistas se instalem. Os vírus amadurecem e morrem de forma equilibrada. Essa fase pode durar muitos anos. Com o frequente ataque, as células de defesa começam a funcionar com menos eficiência até serem destruídas progressivamente. O organismo fica cada vez mais fraco e vulnerável a infecções comuns;
- **Infecção Sintomática Inicial:** neste estágio ocorre uma alta redução dos linfócitos T CD4 (glóbulos brancos responsáveis pela defesa do organismo, que compõem o sistema imunológico) que chegam a ficar abaixo de 200 unidades por mm^3 de sangue. Em adultos saudáveis, esse valor varia entre 800 a 1.200 unidades por mm^3 . Os sintomas mais comuns dessa fase são: febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimento.
- **Infecção Sintomática Tardia:** nesta fase há uma queda na imunidade o que permite o aparecimento de doenças oportunistas, que recebem esse nome por se aproveitarem da fraqueza do organismo. Com isso, atinge-se o estágio mais avançado da doença, a aids. O indivíduo nessa fase, quando não dispõe de tratamento médico adequado ou segue adequadamente a prescrição médica poderá ser acometido de doenças como: tuberculose, pneumonia, toxoplasmose e alguns tipos de câncer, além de infecções generalizadas (BRASIL, 2000).

De proliferação extremamente rápida, a aids é uma doença que apresenta entre muitas de suas formas de transmissão, o contato sexual. No que tange as formas de transmissão, Brasil (2011, p. 09) destaca:

- **Transmissão sexual:** se dá através sexo seja ele vaginal oral ou anal desde que haja contato com secreções vaginais, sêmen ou sangue da pessoa que tem o vírus. O contato com objetos sexuais que estejam contaminados, não sendo estes lavados devidamente ou estejam cobertos com camisinha também pode ser uma forma de contaminação para as pessoas que estão usando. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) mesmo a transmissão sexual sendo a mais conhecida pela população, essa forma de transmissão caracteriza-se como a principal forma de disseminação da doença em relações homo/heterossexuais.
- **Transmissão Sanguínea:** essa via de transmissão caracteriza-se pela recepção de sangue contaminado ou produtos hemoderivados como é o caso de plasma ou plaquetas em transfusão de sangue. Essa via transmissão teve uma grande diminuição no decorrer do período, devido às medidas de controle da qualidade do sangue, onde são feitos exames de rotina em sangue doado nos hospitais e bancos de sangue para identificar o vírus do HIV.
- **Transmissão por meio de agulhas ou seringas contaminadas:** O vírus do HIV pode ser transmitido através de seringas, agulhas, alicates ou qualquer outro objeto que corte e fure que estejam contaminados. No que diz respeito ao uso de drogas injetáveis recomenda-se aos usuários de drogas que não compartilhem agulhas e seringas para o uso de drogas, para que possam evitar a contaminação de doenças infecciosas.
- **Transmissão Vertical:** essa transmissão se dá por meio da exposição da criança no decorrer da gestação, na hora do parto e/ou através do aleitamento materno. O risco de contaminação na

gestação pode ser diminuído com o uso do AZT medicamento recomendado durante a gestação e na hora do parto sendo o medicamento aplicado no recém nascido. Dessa forma a mãe deve optar por um parto cesário, bem como fazer uso de leite artificial ou leite processado em bancos de leite com prévia triagem de doadores.

No que se refere à transmissão vertical, Brasil (2011, p.17) enfatiza que,

A taxa de transmissão vertical do HIV, que representa a porcentagem de infecção da mãe para o bebê, vem apresentando redução gradativa. Em 1997 essa porcentagem foi de 16%, ou seja, para cada 100 crianças nascidas de mães com HIV, 16 foram infectadas. Em 2000, a mesma taxa caiu para 8,6% e, em 2004, para 6,8 %. Como consequência, a incidência de aids em menores de cinco anos - que em 2000 era de 5,4 casos por 100 mil habitantes - diminuiu para 3,0 casos por 100 mil habitantes, em 2009. Embora a média nacional da incidência de aids em crianças de zero a cinco anos apresente queda significativa, ainda é necessária atenção especial às Regiões Norte e Nordeste, onde foi registrado aumento. Em 2000, no Nordeste, essa taxa era de 1,4 por 100 mil habitantes, passando para 2,3 em 2009. Na Região Norte, passou de 1,9 (em 2000) para 4,0 por 100 mil habitantes em 2009. Entre os anos de 2000 e 2009, foram registrados em todo o país 54.218 casos de gestantes soropositivas, sendo que, desse total, 75,6% se concentram nas Regiões Sul e Sudeste.

- **Transmissão Ocupacional:** essa transmissão ocorre por meio de acidente de trabalho dos profissionais de saúde por meio de instrumentos perfuro cortantes contaminados com o vírus do HIV.

Cabe enfatizar que apesar do vírus HIV ser encontrado na saliva, urina e lágrimas, esses fluídos corporais não perpassa o risco de contaminação.

Como estratégias utilizadas no que se refere à prevenção da doença, segundo o Departamento Nacional de DST/aids e Hepatites Virais são utilizados programas como: o Programa Redução de Danos oferecendo a promoção do uso de agulhas e seringas esterilizadas ou descartáveis; promoção do uso do preservativo; controle da qualidade do sangue e hemoderivados; adoção de cuidados na exposição ocupacional e material

biológico com uso dos EPI (Equipamento de Proteção Individual) e outros manejos adequados a outras DSTs (BRASIL, 2005b).

No tocante a questão da prevenção mesmo nos dias atuais se tendo uma maior informação sobre os meios de prevenção, através do uso de camisinha masculina e a camisinha feminina, mesmo estes sendo facilmente acessíveis à população, existe ainda no Brasil uma resistência para seu uso o que faz agravar cada vez mais o índice da doença.

Vale salientar que, apesar da aids ainda não ter cura, é de fundamental importância que a doença seja identificada no início, uma vez que existem muitas possibilidades de tratamento para a pessoa acometida pelo HIV/aids. Quanto mais cedo for realizado o diagnóstico da doença, maiores serão as chances de prevenção e tratamentos contra as doenças oportunistas.

A aids disseminou-se com incrível velocidade no mundo, tornando-se não só um problema de saúde pública, mas também um problema de ordem econômica e social. Segundo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, em 1982, foram notificados dez casos de aids, em 1985 esse número aumentou para quinhentos e setenta e três casos, sendo vinte e dois em mulheres; no ano seguinte, o número já havia dobrado (GALVÃO, 2002).

Num panorama histórico podemos acompanhar o desenvolvimento dessa doença com dados da Organização Mundial de Saúde e do Departamento Nacional de DST/aids, onde podemos fazer um apanhado de números referente ao crescimento da epidemia no Brasil e no mundo. Em 1987 segundo a OMS haviam 62.811 pessoas infectadas com o vírus HIV nos 127 países. Em 1990 307 mil casos da doença no mundo com estimativas de números que se aproximavam de 1 milhão. Já em 1993 esses casos subiram para 3,7 milhões de pessoas infectadas em todo mundo, o que caracterizou a doença como uma pandemia.

No que se refere ao Brasil essas estimativas também cresceram numa velocidade assustadora. Em 1995 no Brasil foram registrados pela Coordenação Nacional de DST/aids 80 mil casos de aids, em 1999 já eram 155.590 casos. Hoje temos dados da OMS que até junho de 2011 o Brasil tinha registrado 608.230 casos de aids. De acordo com o Boletim Epidemiológico

2011, no ano de 2010, foram 34.218 casos da doença identificados, tendo uma taxa de incidência de aids no Brasil de 17,9 casos por 100 mil habitantes.

De acordo com Brasil (2011a, p. 25),

observando-se a epidemia por região em um período de 10 anos, 2000 a 2010, a taxa de incidência caiu no Sudeste de 24,5 para 17,6 casos por 100 mil habitantes. Nas outras regiões, cresceu: 27,1 para 28,8 no Sul; 7,0 para 20,6 no Norte; 13,9 para 15,7 no Centro-Oeste; e 7,1 para 12,6 no Nordeste. Vale lembrar que o maior número de casos acumulados está concentrado na região Sudeste (56%).

Segundo dados do Boletim Epidemiológico de 2011 desde o início da epidemia, em 1980 até junho de 2011, o Brasil tem 608.230 casos registrados de aids. Apesar da taxa de incidência de aids no país esta apresentando tendência à estabilização nos últimos anos (BRASIL, 2011a). O perfil da doença vem sofrendo alterações tendo a interiorização, a pauperização, o envelhecimento, heterossexualidade e a feminização como tendências principais.

No que se refere à interiorização da aids no Brasil, esta se dá através da propagação da doença para municípios que se encontram afastados das principais metrópoles. De acordo com Reis et al (2008, p.12),

embora o número de casos absolutos de aids seja maior nas duas cidades brasileiras mais populosas, São Paulo e Rio de Janeiro, as taxas de incidência revelam importante disseminação geográfica da epidemia. No ano 2000, das dez cidades com maior taxa de incidência, apenas duas delas eram capitais de estado (Porto Alegre em 3° e Florianópolis em 4° lugar), estando São Paulo e Rio de Janeiro em 32° e 34°, respectivamente.

Em relação à pauperização, é possível identificar no contexto atual que a referida doença se encontra em todas as camadas sociais. Entretanto nos dias atuais, tem ocorrido um aumento da aids em pessoas com nível escolar mais baixo e com pouco acesso as informações sobre a doença. Segundo dados do Departamento Nacional de DST/aids (BRASIL, 2011) estudos revelam que quanto menor a escolaridade, maior o percentual de infectados pelo vírus da

aids prevalência de 0,17% entre os meninos com ensino fundamental incompleto e 0,10% entre os que têm ensino fundamental completo.

No que diz respeito ao envelhecimento da aids no Brasil, o desenvolvimento da doença em pessoas idosas cresce nos últimos anos, tanto as que vem contraindo o vírus após os 60 anos como também as que chegam à melhor idade convivendo com o HIV/aids. Segundo dados do IBGE (2010) o índice de aids entre as pessoas idosas está em torno de 2,1%, sendo a relação sexual a forma predominante de infecção pelo HIV. Cabe ressaltar que muitas vezes as campanhas publicitárias para a prevenção da aids e das doenças sexualmente transmissíveis, estão mais direcionadas para o público jovem e acabam deixando a população idosa sem muita informação sobre as formas de prevenção de tais doenças.

Outra tendência da epidemia é a heterossexualidade e feminização. Em seu emergir, a aids atingia principalmente a população de homossexuais do sexo masculino e homens que tinham práticas bissexuais. Na atualidade, a categoria heterossexual tem um maior índice de crescimento na contaminação com o vírus da aids. Isso faz com que ocorra um aumento significativo do número de mulheres contaminadas pelo vírus HIV. Nessa perspectiva, agora temos um quadro de feminização da aids. De acordo com Boletim Epidemiológico de 2011, “a razão do sexo vem diminuindo ao longo dos anos”, ou seja, o gênero independe na contaminação, de acordo com as estatísticas.

A feminização da doença possui uma relação direta com a questão de gênero, uma vez que o perfil apresentado das mulheres que contraem o HIV/aids são mulheres que não usam drogas injetáveis, monogâmicas e que dependem tanto emocionalmente quanto economicamente dos seus parceiros, não tendo autoridade para decidir o comportamento sexual. Nesse sentido (PARKER 2003 apud BARBOSA, 2010, p.23) afirma que:

podemos observar que sem uma transformação das relações sociais desiguais de poder e de gênero que existe em toda a sociedade, as mulheres do mundo inteiro continuarão a ser alvo preferencial da própria segurança.

Observa-se um aumento da incidência em todas as faixas etárias de indivíduos do sexo feminino, com a consequente diminuição na proporção dos casos de contaminação entre indivíduos do sexo masculino. De acordo com dados do Boletim Epidemiológico 2011(BRASIL, 2011a) em 1985, para cada 26 casos entre homens, havia um caso entre as mulheres, no entanto em 2010, essa relação é de 1,7 homens para cada caso de mulheres.

A epidemia do HIV/aids no início de 1980 atingia predominantemente indivíduos homo/bissexuais masculinos, usuários de drogas e hemofílicos, dessa forma surgem à expressão “grupos de risco” para identificar as pessoas vivendo com HIV/aids. Posteriormente esta expressão dá lugar a um novo conceito que seria o de “comportamento de risco” e logo depois para vulnerabilidade. Passados 30 anos do surgimento da doença, segundo o Boletim Epidemiológico 2011, essa epidemia encontra-se estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade. Mesmo diante a mudanças no perfil epidemiológico da aids, ao longo desses 30 anos, percebe-se que o estigma, à discriminação e o preconceito ainda se fazem bastante presentes no cotidiano das pessoas vivendo com HIV/aids, conforme discutiremos a seguir.

CAPÍTULO II

A AIDS E A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: ALGUMAS REFLEXÕES

2.1 Estigma, discriminação e aids

No decorrer de três décadas desde o seu surgimento, o HIV/aids tornou-se uma pandemia. Sua rápida propagação colocou-a entre os maiores problemas de saúde pública no mundo. Os primeiros estudos sobre a aids sinalizavam no sentido de que a doença estava diretamente ligada a grupo de homossexuais, prostitutas e usuários de drogas, esse pensamento se dava visto que, era relevante o alto índice de contaminação nessas pessoas. Baseado nesse fato criou-se a partir daí a denominação social de um “grupo de risco” ou “peste gay”, onde na imaginação das pessoas a contaminação da doença só acometeria tal grupo.

Conforme ressalta Santos (2005) do ponto de vista social, tal percepção contribuiu para o enraizamento do preconceito que acompanha a epidemia nas diferentes sociedades. Preconceito este revestido de desinformação, do moralismo e da não aceitação da escolha do outro na sociedade. A referida autora destaca ainda que os ditos “grupos de risco” foram expostos à incômoda situação de discriminação e estigmatização na sociedade.

Nessa perspectiva é que os portadores dessa patologia têm seu cotidiano marcado pelo estigma e discriminação, o que interfere na convivência com seus familiares, e com a rede de sociabilidade, levando ao isolamento social, e ao aumento dos processos de desigualdades sociais que são característicos de uma sociedade capitalista.

Segundo Mann (1987 apud PARKER; AGGLETON, 2001, p.08), o estigma⁵ e a discriminação são respostas sociais da aids tornando-se “uma questão tão central para a aids global quanto à doença em si”. O estigma da aids muitas vezes é expresso concomitantemente com outros estigmas, todos eles associados a grupos relacionados a homossexuais, bissexuais, promíscuos, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis.

⁵ Segundo o Dicionário Aurélio a palavra estigma significa: 1. Cicatriz; marca sinal; fig. Marca infamante vergonhosa; labéu (AURÉLIO, 2001 p.324).

No que se refere a estigma Goffman (1998, p. 11) define “como os sinais corporais visíveis que desqualificavam moralmente seus portadores, enfatizando assim o seu papel discriminatório”. Tal definição deixa claro que as pessoas vivendo com HIV/aids sofrem um processo de exclusão junto à sociedade. Nesse sentido o estigma se expressa como uma característica que faz com que a sociedade, passe a ver de forma diferenciada a pessoa vivendo com HIV/aids, excluindo-o do meio social.

Cabe ressaltar que, o termo estigma criado pelos gregos servia para desqualificar moralmente o indivíduo que apresentasse qualquer “marca” ou sinal corporal que demonstrasse qualquer característica negativa ou diferenciada que diminuísse seu status moral perante a sociedade. O estigma é criado ao longo da trajetória social. Para os gregos essas pessoas deveriam ser marcadas fosse por objetos cortantes, fogo ou outra e o portador desta marca era tido como “um escravo, um criminoso ou traidor – uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada, especialmente em lugares públicos” (idem, ibidem, p. 13).

Segundo Goffman (1998, p.09),

na Era Cristã foram acrescentados dois níveis de metáfora ao termo estigma: o primeiro deles referia-se a sinais corporais de graça divina que tomavam a forma de flores em erupção sobre a pele; o segundo uma alusão médica a essa alusão religiosa, referia-se a sinais corporais de distúrbio físico.

Atualmente o termo estigma é adotado de forma a identificar os indivíduos que são acometidos por algum infortúnio que seja evidente no seu corpo, ou seja, o indivíduo apresenta alguma marca estigmatizante que o torne socialmente desvalorizado. Para Goffman (1998, p. 10) “atualmente o termo é mais aplicado ao se referir à desgraça de uma pessoa, com a finalidade de transmitir um atributo depreciativo, portanto, o estigma é um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo”.

Desse modo, (idem, ibidem, p. 12), cita três tipos distintos de estigma:

O primeiro como sendo as abominações do corpo, ou seja, as deformidades físicas. O segundo, as culpas de caráter individual, denominadas como: fraquezas, paixões tirânicas, crenças falsas e rígidas, desonestidade, distúrbio mental, prisões, vícios alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio, comportamento político radical. E, finalmente, os estigmas tribais de raça, nação e religião, estes podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família.

Nesse sentido muitos dos indivíduos que vivem com HIV/aids omitem sua sorologia a fim de que não sejam alvos de preconceito e mesmo de serem relacionados a promiscuidade, homossexualidade entre outros. Ainda de acordo com Goffman (1998, p.11),

o estigma estabelece uma relação impessoal com o outro. Esse sujeito deixa de possuir uma individualidade empírica, mas surge como representação de determinadas características estigmatizadas, com marcas internas que sinalizam uma diferença, um desvio em sua identidade.

Conforme ressalta Kern (2003), o medo do abraço, do aperto de mão, ainda impede que muitos se aproximem de pessoas que vivem com HIV/aids. Tais atitudes repercutem na vivência de pessoas contaminadas como negação da socialização, dando origem ao traumático estigma social em que tais indivíduos sentem-se marcados na sua identidade.

A estigmatização do indivíduo que vive com HIV/aids faz com que este crie formas de defesa contra o preconceito e a discriminação, objetivando o fortalecimento e o enfrentamento das dificuldades encontradas no seu cotidiano. Nesse sentido (idem, ibidem, p. 64) afirma que,

a partir do resgate do sentido da rede primária na qualidade da família, as redes institucionais, como redes políticas, a rede de trabalho, a rede de grupos de solidariedade, as dimensões intersubjetivas e interinstitucionais, as redes culturais passam a representar um novo sentido na vida do usuário. Confirma-se dessa forma a concepção de sujeito inserido nas tensões de poder, que são conferidas às redes primárias e institucionais (secundárias).

Esse fortalecimento permite que as pessoas que vivem com tal síndrome possam ter uma melhor qualidade de vida numa sociedade que cada

vez mais discrimina esses indivíduos, deixando-os a margem do convívio social.

Ainda no que se refere à questão do estigma, Kern (2003, p.63) destaca que,

o estigma, na forma de atributo depreciativo, diferencia na atualidade as pessoas no sentido de conferirem prejulgamentos sobre concepções que são emitidas a seu respeito, sem ter conhecimento prévio e de experiência. A questão do estigma mostra-se como um problema humano e social, justamente pelo fato do ser humano que é portador deste fenômeno, encontrar à sua frente dificuldades na necessidade de socializar-se e de estabelecer teias de relações sociais.

Nesse sentido depreciativo de estigmatização é que as pessoas que vivem com HIV/aids, sentem-se excluídas do próprio convívio familiar, da rede de amigos, tornando-se isolados do grupo social a que pertenciam anteriormente.

A luta contra o estigma é fundamental no processo de enfrentamento das pessoas que vivem com HIV/aids, sendo esta, difícil e dolorosa, uma vez que estes buscam o direito de continuar tendo uma vida normal, frente a exclusão dos processos sociais.

É importante destacar que o estigma está diretamente relacionado com a discriminação. Onde a discriminação pode ser conceituada de acordo com Aurélio (2001, p.259) como sendo “ato ou efeito de discriminar. Tratamento preconceituoso dado a certas categorias sociais, raciais, etc.”. No senso comum pode ser visto com um tratamento injusto. O processo discriminatório decorre do preconceito, o que faz com que determinados segmentos ou grupos sejam excluídos ou estigmatizados.

Marshal (1998 apud PARKER;AGGLETON, 2001 p.11) enfatiza que do ponto de vista sociológico a discriminação expressa o etnocentrismo, evidenciando um comportamento de “não gostar dos diferentes”. Ainda no que se refere à discriminação, (idem, ibidem, p. 11) ressalta que “a discriminação se concentra em padrões de dominação e opressão, vistas como expressões de busca de poder e privilégio”.

De acordo com Parker e Aggleton (2001, p. 19):

Desde o início da epidemia de HIV e aids mobilizou-se uma série de metáforas poderosas em torno da doença que servem para reforçar e legitimar a estigmatização. Elas incluem a aids vista como morte (por exemplo, por meio de imagens como a Grande Ceifeira); aids como horror (fazendo com que os infectados sejam endiabrados e temidos); aids como punição (por exemplo, por comportamento imoral); aids como crime (por exemplo, em relação a vítimas inocentes e culpadas); aids como guerra (por exemplo, em relação a um vírus que precisa ser combatido); e, talvez mais do que tudo, aids como o Outro (no qual a aids é vista como algo que aflige os que estão à parte).

Essas metáforas contribuíram para fortalecimento da visão negativa que se criou em torno da doença. No decorrer dos anos a aids se tornou uma doença cada vez mais estigmatizada, sendo sinônimo de uma doença vergonhosa, pois esta sempre esteve relacionada a comportamentos amorais, fornecendo assim subsídios para tornar cada vez mais as pessoas vivendo com HIV/aids estigmatizados e discriminados.

A mídia veicula uma imagem distorcida sobre a epidemia da aids. Desse modo leva as pessoas a formularem um estereótipo acerca das pessoas vivendo com HIV/aids, levando-os a desenvolver uma aversão a esses indivíduos, uma vez que na percepção social estes, estão sempre ligados a grupos de pessoas com comportamentos irresponsáveis, tornando-se muitas vezes motivo de vergonha para o grupo social no qual está inserido. Cabe destacar que a forma equivocada que a doença foi apresentada pelos meios de comunicação de massa, fez com que durante muito tempo fosse gerado um pânico com relação ao contato direto com as pessoas vivendo com HIV/aids, contribuindo para a discriminação, estigmatização e exclusão de tais indivíduos dos processos sociais.

No que diz respeito ao processo de exclusão, este envolve vários aspectos sejam eles históricos, culturais, econômicos e/ou sociais. As pessoas acometidas pelo HIV/aids podem ser vítimas de uma exclusão social que de acordo com Sposati (1999, p.67) é “a impossibilidade de poder partilhar, o que leva a vivencia, de um conjunto significativo da população”. No entanto, essas

pessoas também podem ser vítimas de uma exclusão “pessoal” onde o sujeito não se aceita enquanto portador da síndrome.

De acordo com Bruyn (1999 apud PARKER; AGGLETON, 2001, p. 23) foram identificados cinco fatores que contribuem para o estigma da aids, são eles:

(1)O fato de que a aids é uma doença ameaçadora à vida; (2) o fato de que as pessoas têm medo de contrair o HIV; (3) a associação do HIV e da aids a comportamentos já estigmatizados em muitas sociedades (tais como sexo entre homens e o uso de drogas injetáveis); (4) o fato de que as pessoas com HIV e aids são freqüentemente consideradas responsáveis por terem contraído a doença; e (5) crenças religiosas ou morais que levam algumas pessoas a concluir que ter HIV ou aids seja o resultado de uma falta moral (tal como a promiscuidade ou o “desvio” sexual) que merece punição.

No contexto da aids tais fatores torna a pessoa que vive com HIV/aids estigmatizadas e excluídos da sociedade.

A exclusão social sofrida pela pessoa que vive com HIV/aids é sentida na sua vivência e, neste limite a o convívio dos indivíduos na sociedade encontra rigorosos percalços. Segundo Escorel (1999, p. 81) os indivíduos que sofrem com a exclusão são tidos como “supérfluos e desnecessários a vida social, descartáveis e podem ser eliminados das mais diferentes formas, ostensivas ou opacas, que ninguém os reclamará”.

As pessoas excluídas pela sociedade são caracterizadas como um indivíduo que apresenta uma “diferença indesejável”, trazendo consigo uma “identidade deteriorada” (GOFFMAN, 1998), este estereótipo adquirido contribui para que haja um afastamento ou desvinculação dessas pessoas no seu grupo social, uma vez que deixa de ter uma “sociabilidade partilhada” (ESCOREL, 1999).

A exclusão social vivenciada pelas pessoas que vivem com HIV/aids ocasiona ao indivíduo uma ausência de identidade, que acarreta uma anulação social. Essa diferença faz com que a sociedade trate estes indivíduos com indiferença e hostilidade, envolvendo seu cotidiano com ações

desumanizadoras (ESCOREL, 1999). Esse conjunto de ações se dá uma vez que o indivíduo deixa de ser ele e passa a ser visto como a própria doença.

A exclusão, que está exposta a pessoa vivendo com HIV/aids, faz referência a múltiplas situações, acontecimentos, processos e estados, que permeiam a vida social deste indivíduo com grande complexidade, como afirma Martins (1997, p.36) “é uma subumanidade em todos os sentidos, que se baseia em insuficiências e privações que se desdobram para fora do econômico”. Esse dualismo criado a partir das diferenciações sociais acerca do indivíduo excluído o deixa em situações de vulnerabilidade social.

O estigma, a discriminação e o isolamento social que se relaciona diretamente com a aids, trazem uma gama de conseqüências para os portadores desta síndrome, principalmente no que diz respeito ao enfrentamento, controle e tratamento da doença. Cabe destacar que muitas vezes, as atitudes preconceituosas advêm dos próprios profissionais de saúde que atuam com tal segmento. Dessa forma faz-se necessário algumas reflexões sobre a postura dos profissionais de saúde diante das pessoas que vivendo com HIV/aids. Conforme discutiremos no tópico a seguir.

2.2A atuação dos profissionais de saúde junto as pessoas vivendo com HIV/aids: limites e perspectivas

No Brasil, a história da política de saúde foi marcada pelo modelo médico assistencial-privatista, pautado no atendimento de cunho curativo, com ações individualistas e de pouca efetividade. Paim (2008) destaca que desde o início do século XX, convivem no Brasil de forma contraditória e complementar, dois modelos assistenciais no âmbito da saúde: o médico-assistencial e o sanitarista.

O referido autor ressalta que o primeiro, caracteriza-se pela ênfase na abordagem individual, apresentando como sujeito central o profissional médico. Neste modelo não há uma busca pela integralidade, nem a preocupação com a qualidade dos serviços prestados à população. O segundo corresponde à

saúde pública tradicional e tem enfrentado os problemas sanitários da população através de campanhas e de ações de vigilância epidemiológica.

Diante das fragilidades desses modelos assistenciais, é que a partir da década de 1970, num contexto de lutas pela redemocratização da sociedade brasileira, emerge o movimento de reforma sanitária, conforme situamos anteriormente. Tal movimento que tinha como principal elemento de sua pauta de reivindicações da saúde como direito de todos e dever do Estado, trazendo para a cena política um novo paradigma o da produção social da saúde.

A partir de tal perspectiva, a saúde passa a ser entendida como produto das relações sociais e não como ausência de doenças, atrelada a uma prática sanitária que supere a lógica da atenção médica fragmentada e individualista.

É no contexto de intensas mudanças no âmbito da política de saúde que a aids surge numa perspectiva de doença emergente, que causa um impacto na sociedade. Por ser uma doença ainda desconhecida e mortal, causa pânico e torna-se um desafio para a medicina. Nesse momento surge um acirrado debate sobre como a medicina trata as doenças em geral e como irá tratar da aids, uma vez que pouco se conhece sobre a doença. De acordo com Mendes (1985, p. 72),

“as transformações ocorridas nesse período levam a discussão o paradigma clínico na assistência em saúde, uma vez que o modelo vigente organizava a prática médica na medicina científica ou flexneriano baseado no relatório de Abraham Flexner publicado em 1910.”

O modelo flexneriano, considera os fenômenos vitais apenas do ponto de vista biológico e quase mecanicista, prática que causou, entre outras coisas, uma cultuação à doença e em vez da saúde, e a ênfase à tecnologia, de forma ilusória acreditava-se que estas seriam o centro de atividade científica e de assistência à saúde. "O paradigma flexneriano é coerente com o conceito de saúde como ausência de doença e constitui uma âncora que permite sustentar a prática sanitária da atenção médica" (MENDES, 1996, p.239).

O surgimento e a disseminação da aids colocam a prática médica em xeque. A letalidade da doença acarreta uma discussão sobre as novas

posturas que deverão ser adotadas pelos profissionais de saúde, uma vez que a construção social da aids está diretamente associada à discriminação e o preconceito, tornando o indivíduo estigmatizado perante a sociedade. É em meio a esses desafios, que ocorre a necessidade da construção de uma nova postura no atendimento dos profissionais de saúde, onde se busque superar a prática biologicista historicamente adotada no âmbito dos serviços de saúde.

O cuidado com a saúde requer novas práticas e formas de assistência nos diferentes níveis de atendimento. No que se refere à aids, carregada de simbologia, tensão, valores e ansiedade, esta gerou desde o início da epidemia, discriminação e preconceito generalizado na assistência, e desorientação dos profissionais de saúde na perspectiva psicossocial, o que acarretou problemas na informação e prevenção, gerados pela incerteza, temores e medos do contágio pelos profissionais, evidenciando a necessidade de uma reestruturação e uma reformulação no processo de atendimento. De acordo com Ribeiro (2006, p. 79) foram necessárias as “metamorfoses da epidemia, que exigia a ruptura da perspectiva individualizante do processo de saúde e doença, para o enfrentamento do preconceito”.

Nesse sentido Costa Neto (2000, p. 09) assegura que,

para tanto, é urgente que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde [...] diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade [...] requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe.

No que tange as dificuldades que os profissionais de saúde enfrentam para atender e cuidar das pessoas vivendo com HIV/aids, estas vem sendo superadas nos centros especializados para tratamento da aids. No entanto nos locais fora desses centros, à pessoa que vive com HIV/aids ainda sofre as consequências do estigma. Fato esse que pode ser facilmente comprovado através dos relatos dos usuários que participaram de nosso processo investigativo e que demonstraram que sofrem com a discriminação e a intolerância aos pacientes com aids pelos profissionais de saúde. Embora

esses comportamentos estejam diminuindo, quando se compara ao início da doença, porém se envolve uma atividade de risco, o que torna este preconceito maior.

O atendimento as pessoas vivendo com HIV/aids pelos profissionais de saúde precisa ser revisto tanto no que se refere à humanização do atendimento prestado, quanto na superação dos sentimentos de medo e insegurança. A falta de preparo dos profissionais de saúde para lidar com doenças como a aids, se reflete na dificuldade do cuidado e no trato com o sofrimento do outro, estigmatização que está ligada a doença, e a exclusão social da pessoa atendida. É preciso se construir uma formação distante do modelo biologicista, que historicamente priorizou no tratamento os aspectos apenas biológicos, excluindo o histórico social da doença. Segundo Andrade (1998 apud ANDRADE; TANAKA, 2002, p. 52),

os profissionais de saúde que trabalham com HIV/aids, mais do que a população em geral, detêm um conhecimento diferenciado sobre as questões que envolvem o risco frente à aids e os cânones do sexo seguro, sendo difusores de comportamentos considerados como desejáveis, buscando fazer com que sua ação educativa resulte na adesão a eles.

É essencial que o profissional de saúde tenha uma visão humanista na sua prática e sensibilidade no cuidado com a saúde, a fim de superar o modelo biologicista e a fragmentação do saber que historicamente prevaleceram nas práticas em saúde. O surgimento de doenças como a aids vem exigir a construção de um novo perfil profissional. De acordo com Figueiredo; Mac (2003, p. 13),

a atuação em saúde, de modo geral, carrega consigo contradições determinadas pelo desenvolvimento das forças produtivas da sociedade, que baniu e vem gradativamente eliminando o componente humano do trabalho, desvitalizando a relação profissional-paciente. O avanço tecnológico não deixa alternativas para o profissional de saúde; a objetivação do tratamento é o reflexo da dicotomia entre o conhecimento técnico e a competência social, comum na formação, e que coloca o profissional frente às questões características de sua especialidade. A racionalidade desvitaliza o tratamento, transformando o homem doente numa questão técnica a ser resolvida. A formação profissional direcionada por essa lógica objetiva e prioriza a competência técnica em detrimento da

sensibilidade social, e, nesse universo reificado, a racionalidade clínica prevalece.

De acordo com Campos (1999 apud CARVALHO, 2009, p. 39), se faz necessário a reorganização dos serviços de saúde, de modo que os profissionais se articulem na elaboração de “projetos terapêuticos”. Nesse sentido, os autores afirmam que para se ter uma atuação dos profissionais de saúde voltada para a escuta e fala, bem como o diálogo entre profissionais e usuários, é preciso buscar se construir no processo saúde-doença, um vínculo onde os indivíduos sintam-se acolhidos e respeitados no âmbito do atendimento prestado a estes.

Cabe destacar que não se pode culpabilizar os profissionais de saúde em relação ao processo de trabalho desenvolvido por estes junto às pessoas que vivem com o HIV/aids, tendo em vista que o modelo flexneriano ainda faz parte da formação de muitos profissionais de saúde. Neste sentido, conforme ressalta Campos (1992) há uma vasta literatura demonstrando a predominância do enfoque biologicista e mecanicista nas práticas médicas, exigindo uma reestruturação do saber médico-sanitário e das concepções que orientam a formação de recursos humanos para o setor.

Nesse sentido o referido autor chama atenção para o fato de que, sob a desculpa de adotar medidas específicas para abordagem dos casos, buscando a neutralidade na relação social e bem como na subjetividade de cada paciente no decorrer do seu tratamento e, influenciado também estruturação dos serviços de saúde.

Ainda no que se refere à postura do profissional de saúde, Campos (1992, p. 183) ressalta que,

ao adotar uma perspectiva positiva, biologicista e mecanicista, o saber clínico impõe uma camisa-de-força, abordagem do seu objeto de trabalho, incluindo as dimensões do social e do subjetivo e desconhecendo sua influencia decisiva na história da doença. Ignora que a vontade da cura, ou de adoecer e até de morrer, varia de paciente para paciente e que são elementos essenciais para a instituição de processos de diagnóstico e de terapêutica eficazes.

A formação dos profissionais não prepara para a percepção variável do envolvimento técnico e da humanização, nos mais variados casos de atenção a doentes diversos, a fim de promover uma dinâmica relacional de forma subjetiva.

Afinal, o conhecimento e a prática clínica de todos os profissionais de saúde não são percebidos como um problema que possa vir a ser investigado, no sentido de que, o diagnóstico e a cura são tomados como uma relação entre dois sujeitos, diretamente influenciados tanto por fatores sociais como psíquicos que interferem no contexto histórico do processo de atenção a saúde. Neste sentido é preciso capacitar os profissionais que estão nos diferentes espaços de atuação na saúde, e de maneira particular os que atuam com as pessoas que vivem com HIV/aids, na perspectiva que se possa superar determinadas posturas preconceituosas que, discriminam e os excluem, contribuindo para a morte social de tais indivíduos.

CAPÍTULO III

A PESQUISA DE CAMPO

3.1 O Cenário da Pesquisa: caracterizando o campo de estágio

A Rede Nacional de Pessoas Vivendo e Convivendo com HIV/aids - Núcleo Campina Grande - PB, foi fundada em 03 de agosto de 1999. A criação da RNP+/CG ocorreu a partir da iniciativa de cinco campinenses que participaram do I Encontro de Pessoas Vivendo e Convivendo com HIV/aids, realizada na região Nordeste, no ano de 1997. Nesse contexto foi criada em 1998 a Rede Paraibana de Portadores de HIV/aids, tendo como líder o campinense Silvestre Gonçalves Maia.

A RNP+/CG possui registro civil de pessoa jurídica, datada em 07 de dezembro de 1999, no Cartório Regina França Isidro, baseado no artigo 120 da Lei nº 6.015/ 73. Tendo o seu CNPJ de nº 03.558.548.000/40. A instituição é reconhecida como entidade Pública Municipal de acordo com a Lei de nº 4.016, datada de 26 de Junho de 2002, bem como no Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS), no Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente nº 048/23/04/07, é ainda no Conselho Nacional de Assistência Social, sobre o nº 334/2005, datada de Julho de 2005.

A RNP+/CG, tem sua diretoria composta por: Presidente (Silvestre Gonçalves Maia), Vice-Presidente (José dos Santos), Diretor Financeiro (Fabiano da Silva Cândido), Secretária (Lúcia Ventura Nunes), Mobilizador Social (George Fernando Pacífico de Brito).

Os projetos existentes na instituição contam com uma equipe multidisciplinar constituída por: 01 Terapeuta, 01 Comunicólogo; 01 Recreador; 01 Motorista; 03 Auxiliar de Serviços Gerais; 02 Secretários; 01 Auxiliar de Cozinha; 02 Cozinheiras; 01 Assistente Social; 01 Nutricionista; 01 Advogado; 05 Estagiários de Serviço Social; 02 Estagiários de Medicina; 01 Vigilante; 01 Contador; 02 Apoio Administrativo.

A RNP+/CG, localiza-se na Rua, Pedro I, 159 – Bairro São José na cidade de Campina Grande – PB. A instituição possui casa residencial própria, situada em frente à praça do trabalho, terreno próprio possui: 02 salas de espera, 01 recepção, 02 quartos femininos com 02 banheiros, 03 quartos masculinos com 03 banheiros, 02 cozinhas, 01 almoxarifado, 01 dispensa, 01 rouparia, 01 lactário, 01 refeitório, 01 sala de TV, 01 terraço, 01 varanda, 01 área de serviço, 06 salas para técnicos, 01 sala para reuniões, 01 auditório, 08 salas no subsolo; instalação elétrica e hidráulica em boa conservação, piso a base de cerâmica.

Por ser uma ONG não tem fins econômicos lucrativos. A RNP+/CG oferece serviços de assistência bem como busca viabilizar o acesso aos direitos das pessoas vivendo com HIV/aids assim como aos seus familiares.

Diante o aumento significativo dos casos de HIV/aids no Estado da Paraíba, viu-se a necessidade de promover e desenvolver ações de integração e valorização das pessoas vivendo e convivendo com HIV/aids no Estado da Paraíba, no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade de vida; oferecer atendimento jurídico, psicossocial e nutricional, formalizar parcerias com outras Instituições.

Nesse sentido a Rede Nacional de Pessoas Vivendo e Convivendo com HIV/aids – Núcleo de Campina Grande – PB. Conta atualmente com 497 usuários, sendo entre estes adultos, jovens, numa faixa etária entre 18 a 70 anos. O atendimento da RNP+/CG se estende a todo o estado da Paraíba e até alguns estados circunvizinhos.

A RNP+/CG vem desenvolvendo Projetos que possuem dentre seus objetivos a inserção das PVHA no mercado de trabalho qualificação profissional e reintegração social oferecendo cursos profissionalizantes com a finalidade de capacitar de obter sua sustentabilidade.

Cabe destacar que objetivando obter suporte financeiro e inserir a pessoas vivendo com HIV/aids ao mercado de trabalho a RNP+/CG estabeleceu em 1999, convênio com a Prefeitura Municipal de Campina Grande – PB através da STTP (Serviço Transito e transporte Público) foi criado o estacionamento rotativo Zona Verde, hoje (Zona Azul) com o objetivo de

reinsere a pessoa vivendo com HIV/aids e seus familiares ao mercado de trabalho e geração de renda.

O estacionamento rotativo (Zona Azul) funciona nas principais ruas do centro de Campina Grande – PB. Dos recursos arrecadados, 70% são destinados ao pagamento dos seus operadores e encargos trabalhistas e 30% se revestem em pagamento de despesas de manutenção da instituição.

A RNP+/CG desenvolve outros projetos e programas financiados pelo Fundo Nacional de Saúde MS, Estado e Município. Dentre eles destacam-se a Casa de Apoio Célia Brechó, Projeto Integração e Valorização da Pessoa Vivendo e Convivendo com HIV/aids.

O estatuto da instituição tem em seus objetivos proporcionar às pessoas vivendo e convivendo com HIV/aids a possibilidade de se posicionar frente a sua sorologia, evitar o isolamento social e a inércia, além de promover a reintegração à vida social comunitária, melhorando dessa forma a sua qualidade de vida e de seus familiares.

Ainda de acordo com o estatuto da instituição, os recursos para manutenção deverão ser dos projetos oferecidos, e oriundos de doações, contribuições legadas, títulos, apólices, juros, feiras beneficentes, verbas governamentais nacionais e ou internacionais e quaisquer outros proventos.

Devido o atraso dos recursos financeiros, a Instituição encontra dificuldades para desenvolver seus projetos. Dessa forma a operacionalização dos objetivos proposto pela RNP+/CG ficam muitas vezes prejudicados. Isso nos faz refletir a cerca do descaso do Poder Público com as causas sociais, tornando limitada a efetivação do direito do cidadão.

O papel do Assistente Social na instituição se torna de fundamental importância, pois esse profissional vem buscando viabilizar a participação dos usuários na instituição, além de atuar na perspectiva de trabalhar as políticas em geral.

O profissional de Serviço Social busca viabilizar o acesso dos usuários aos serviços públicos de saúde oferecidos pelo SUS no estado da Paraíba. O mesmo busca desenvolver ações que garantam os direitos dos usuários

promovendo um atendimento participativo a fim de favorecer o exercício da cidadania do público assistido.

Adotar uma metodologia participativa baseada no cotidiano das PVHA, familiares e cuidadores, é atividade constante do Assistente Social dentro da instituição, além de desenvolver atividades de acolhimento, atendimento individual, familiar, grupal e na comunidade, mobilização, incentivo a participação e capacitação, abordagem consentida e o estímulo de ações que favoreçam o controle social.

São atribuições do Assistente Social, realizar visitas domiciliares e hospitalares diariamente a Ala de infectologia, orientar as famílias e pacientes sobre diversas situações que estejam dificultando o tratamento, informar sobre direito do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e aposentadoria junto ao INSS, encaminhar os usuários para os diversos serviços da instituição e demandas de interesse do usuário.

Portanto, observa-se o trabalho de forma multidisciplinar na instituição e em conjunto com as outras instituições parceiras.

3.2 Aspectos Metodológicos da Pesquisa

A pesquisa ora apresentada teve como objetivo, analisar a percepção das pessoas vivendo com HIV/aids acerca da atuação dos profissionais de saúde, visando o olhar dos sujeitos entrevistados quanto à atenção e o cuidado prestados pelos profissionais de saúde com tal segmento. Quanto à natureza de investigação, a mesma teve características quanti/qualitativas. A abordagem quantitativa permitiu traduzir em números as opiniões e informações para serem classificados e analisados. No aspecto qualitativo buscamos analisar a realidade social investigada a partir da perspectiva analítica e crítica. Cabe ressaltar ainda que fizemos também uso da pesquisa bibliográfica e documental.

A pesquisa desenvolvida apresentou características de um estudo exploratório e analítico crítico, que de acordo com Gil (2007, p.74) “expõe

características de determinada população ou de determinado fenômeno. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação”.

O local da pesquisa foi o município de Campina Grande tendo como unidade de análise a Rede Nacional de Pessoas Vivendo e Convivendo com o HIV/aids, núcleo de Campina Grande-PB (RNP+/CG).

Participaram do processo investigativo os indivíduos que vivem com HIV/aids inseridos na RNP+/CG que são assistidos pelos profissionais de saúde. Atualmente RNP+/CG possui 497 usuários cadastrados. Destes, 110 tem frequência mensal assídua RNP+/CG, sendo estes atendidos por profissionais de saúde, conforme levantamento feito durante o processo investigativo. Foram entrevistados 11 usuários de um total de 110 que correspondeu a um percentual de 11% do total. Logo, a amostra de nossa pesquisa foi do tipo aleatório simples, que de acordo com Gil (2007, p.78) "é o procedimento básico da amostragem científica". Esse tipo de seleção compreende a escolha de usuários da RNP+/CG sem critérios predefinidos e em nosso caso particular, tendo única condição que estes utilizassem os serviços de saúde oferecidos.

Na realização da pesquisa, foram utilizados como instrumentos para coleta de dados: técnica de observação participante, o diário de campo e o roteiro de entrevista semi-estruturado, constituído por duas partes: na primeira, buscamos analisar os aspectos socioeconômicos, que colaboraram para a construção do perfil dos sujeitos pesquisados, e na segunda parte procuramos abordar questões referentes aos objetivos da pesquisa. Cabe enfatizar que fizemos uso do gravador, objetivando um melhor resultado da pesquisa, com um roteiro semi-estruturado. Para Triviños (1987, p. 146),

a entrevista semi-estruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador. Complementa o autor, afirmando que a entrevista semi-estruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas

também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações.

As entrevistas foram realizadas na sede da RPN+/CG. Cada entrevista teve em média o tempo entre 30 a 40 minutos. Os sujeitos que participaram da pesquisa foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa tendo assinado um termo de consentimento livre e esclarecido, dando assim expressa autorização para a coleta e análise das informações que foram concedidas.

A pesquisa foi realizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba em junho de 2011. O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação, uma vez que a pesquisa seria realizada com seres humanos, fazendo-se dessa forma necessária a sua apreciação junto ao comitê, sobretudo no que tange a questão da ética conforme recomenda a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Para apreciação dos dados coletados utilizamos a técnica de análise de conteúdos, objetivando a compreensão das falas, seus significados explícitos e implícitos, bem como o seu teor social. Segundo Minayo (2004 apud COSTA, 2011, p.44),

a análise dos dados classifica-se como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A análise de dados levou em consideração a percepção dos usuários acerca dos serviços oferecidos pelos profissionais de saúde na RNP+/CG, buscando-se adotar uma abordagem crítica na análise das falas.

3.3 Perfil dos sujeitos entrevistados

A pesquisa de campo se deu com os usuários atendidos pela Rede Nacional de Pessoas Vivendo e Convivendo com o HIV/aids, núcleo de Campina grande-PB (RNP+/CG), no período de junho de 2011 a maio de 2012.

Para desenvolvimento da pesquisa alguns aspectos foram priorizados como: a faixa etária, sexo, escolaridade, moradia, estado civil, número de filhos, renda individual e renda familiar, cujos resultados obtidos encontram-se nos gráficos a seguir:

- **Faixa Etária**

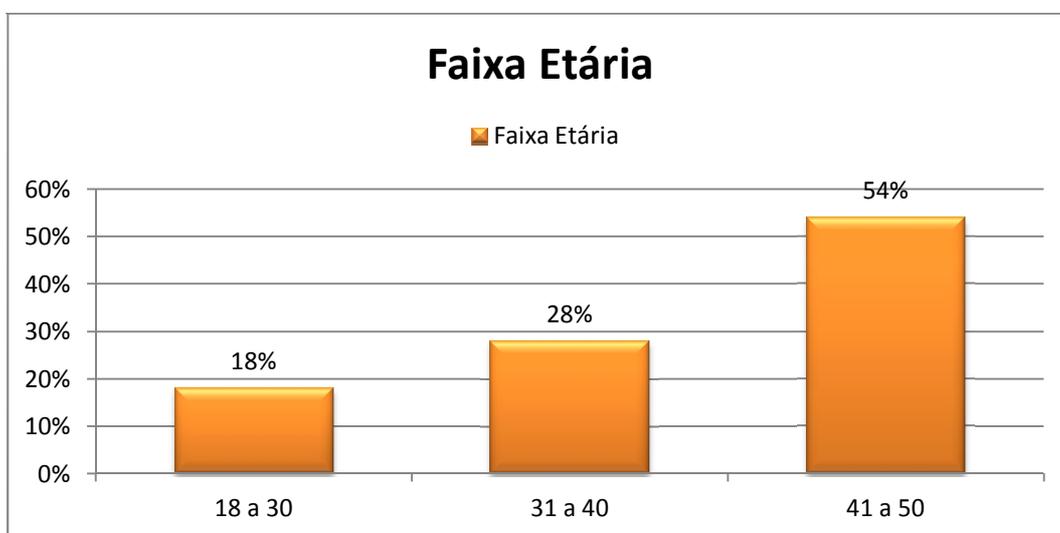


Gráfico 1: Faixa Etária dos usuários entrevistados
Fonte: Pesquisa de Campo Realizada na RNP+CG, 2011/2012.

De acordo com a análise dos dados, verificamos que a faixa etária dos indivíduos entrevistados está entre 18 aos 50 anos, havendo um maior índice de casos da doença em pessoas entre 41 a 50 anos. Perfazendo 54% dos sujeitos pesquisados.

Esse percentual reflete o cenário nacional uma vez que, segundo o Boletim Epidemiológico de 2011, esta faixa etária é a mais atingida pela doença no Brasil (BRASIL, 2011).

- **Sexo**

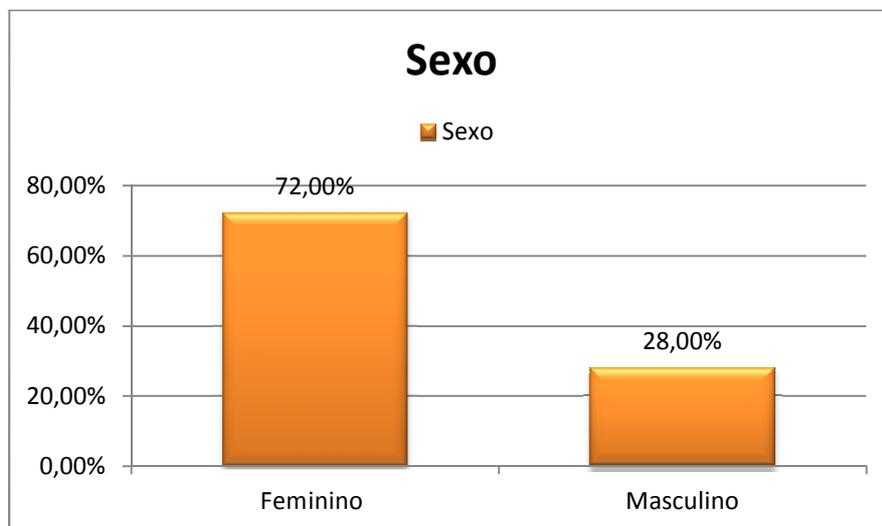


Gráfico 2: Distribuição dos usuários entrevistados por Sexo
Fonte: Pesquisa de Campo Realizada na RNP+CG, 2011/2012.

No que se refere ao sexo dos usuários entrevistados durante a pesquisa no período analisado, percebe-se que 72 % são do sexo feminino enquanto que 28% destes pertencem ao sexo masculino indicando que a feminização da aids vem sendo uma tendência no perfil atual da doença.

Segundo Costa (2011), a feminização da aids vem sendo tendência que tem se acentuado no Brasil e no mundo, resultado de aspectos sociais e econômicos das relações desiguais de poder e de gênero.

Vale salientar que segundo o Boletim Epidemiológico de 2011, no período de 1980 até junho de 2011, foram identificados 397.662 (65,4%) casos de aids no sexo masculino e 210.538 (34,6%) no sexo feminino, representando um percentual bastante significativo de mulheres que vem contraindo o HIV/aids (BRASIL, 2011a).

Ainda de acordo com o Boletim Epidemiológico 2011, constata-se que o número de casos de aids é maior entre os homens quando comparado às mulheres, entretanto, essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos, fato que pode ser observado a partir da razão de sexos (número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres). Em 1989, a razão era de 6,0 homens para cada mulher e passou para 1,7 no ano de 2010. Ainda em 2010, a taxa de incidência entre os homens foi de 22,9 casos por 100 mil habitantes e nas mulheres, a taxa foi de 13,2 por 100.000 habitantes.